Lane Medical Library

Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité Berlin
(Direktor: Prof. Dr. Hildebrand)

Ueber die Ursachen der Anurie und Oligurie und über Ergebnisse ihrer chirurgischen Behandlung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Saleh Schukry
aus Beni-Suef

Tag der Promotion: 2. März 1927.

Gebrüder Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. Arndt
Referent: Prof. Dr. Hildebrand

Dem Andenken meines Vaters

In der Behandlung der Anurie vollzog sich um die Wende des vorigen Jahrhunderts ein wesentlicher Wandel, als sie in den Bereich der Chirurgie einbezogen wurde. Unabhängig voneinander kamen im Jahre 1876 Rignald Harrison (5), der Londoner Chirurg, und 1901 der Amerikaner George Edebohls (6) auf den Gedanken, operative Maßnahmen zur Bekämpfung der Anurie anzuwenden.

Die erste Beobachtung Harrisons war auf eine Fehldiagnose zurückzuführen. Bei einem 18-jährigen Manne nahm Harrison eine postskarlatinöse Niereneiterung an. Der Einschnitt in die Niere führte auf keinen krankhaften Befund, brachte aber eine erhebliche Besserung des Leidens. Die Albuminurie ging zurück, die Schmerzen ließen nach und die Diurese vermehrte sich in auffälliger Weise.

Bei 2 weiteren Fällen Harrisons handelte es sich um die Vermutung einer durch Nierensteine ausgelösten Nephritis. Die Nierensteindiagnose erwies sich ebenfalls als irrig, dagegen fand Harrison bei allen drei Fällen eine vergrößerte geschwollene, verhärtete Niere.

Der Erfolg der Incision in allen drei Fällen führte ihn zu der Annahme, daß die Erhöhung des Druckes in der Niere eine wesentliche Rolle in der Auslösung der für die Brightsche Krankheit bezeichnenden Krankheitszeichen: Oligurie, Hämaturie, Albuminurie spiele.

Somit gebührt Harrison das Verdienst, als Erster eine chirurgische Behandlung der Nierenentzündung und ihrer Begleitsymptome geplant und ausgeführt zu haben. Doch fanden seine Beobachtungen zunächst nicht allgemeine Beachtung, bis Edebohls (7) auf anderem Wege zu ganz ähnlichen Gedankengängen kam.

Der Ausgangspunkt Edebohls war die Behandlung der Wanderniere. Bei 19 Fällen von mit Nierenentzündung verbunde-

nen Wandernieren sah er einen Erfolg hinsichtlich der Oligurie und Albuminurie durch die Nephropexie.

Er kam zur Erklärung dieser Besserung gelegentlich eines Falles von Nephropexie, bei welchem er bei erneuter Freilegung des Operationsfeldes die Ausbildung eines kollateralen Kreislaufes in der regenerierten fibrösen Kapsel sah.

Er schloß daraus, daß der Erfolg durch bessere Durchblutung zustande käme. Unter Ausbau der bei diesen Operationen gemachten Erfahrungen gelangte Edebohls zur Anwendung der vollständigen Dekapsulation bei allen chronischen Nephritiden, bei denen noch Aussicht auf eine Lebensdauer von mindestens einem Monat bestand.

Auf Edebohls Empfehlung hin wurde die Operation von zahlreichen Chirurgen ausgeführt und zum Teil, wie z. B. durch Rovsing (13) in ihrer Technik weiter ausgebaut.

Seit der ersten Veröffentlichung Edebohls sind ca. 25 Jahre vergangen. Die Edebolssche Dekapsulation und andere Operationen zur Bekämpfung der Anurie sind von vielen Chirurgen ausgeführt worden. Die Summe der Erfahrungen zusammenzustellen und die Erkenntnis zu fördern, in welchen Fällen von Anurie chirurgische Maßnahmen von Nutzen sind, betrachten wir als Aufgabe unserer Arbeit. Im folgenden möchten wir unter Berücksichtigung der Literatur und an der Hand eines in der Chirurgischen Klinik der Charité zu Berlin beobachteten einschlägigen Falles die Ursache und Behandlung der Anurie erörtern.

Aus der Fülle der Ursachen, die eine Anurie bedingen können, verdienen namentlich diejenigen ein besonderes chirurgisches Interesse, bei denen eine Druckentlastung des entzündlich oder degenerativ geschwollenen Nierenparenchyms oder die Beseitigung eines mechanischen Hindernisses in den Harnwegen eine Besserung der Harnausscheidung verspricht.

Eine untergeordnete Bedeutung kommt den bei allgemeinen oder lokalen Kreislaufstörungen auftretenden Harnverminderungen zu, einmal, weil die bei allgemeinen Kreislaufstörungen auftretende Stauungsniere einer inneren Therapie bedarf, dann, weil der überaus seltene embolische Verschluß der Nierenarterie für eine chirurgische Behandlung kaum je in Betracht kommt.

Dagegen hat, wie schon eingangs erwähnt, seit der Zeit Edebohls die Behandlung der Oligurie bei Nephritiden und Nephrosen die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf sich gelenkt.

Der Erfolg der Operation bei derartigen Fällen wird verständlich, wenn man die Pathogenese der Anurie näher betrachtet.

Nach den Ausführungen Volhards (3) reicht der Verschluß der Glomeruli, wie er bei akuten und subakuten Nephritiden zustande kommt, zur Erklärung der Anurie nicht aus. Volhard hat Fälle von akuter, diffuser Glomeruli-Nephritis mit Vergrößerung, Blutleere und Kernreichtum der Glomeruli gesehen, bei denen eine Anurie nicht vorhanden war. Seiner Ansicht nach könnte auch bei subakuten Nephritiden, bei denen die durch Endothelwucherung entstandenen Halbmonde den Kapselraum ausfüllten, die Anurie ausbleiben, wenn die intertubulären Kapillaren in ihrem Füllungszustand nicht beeinträchtigt sind. Nur in denjenigen Fällen, in denen der Kollateralkreislauf von der Kapsel für die Füllung der intertubulären Kapillaren nicht ausreicht oder bei denen durch eine entzündliche Schwellung des in der Nierenkapsel eingezwängten Nierenparenchyms eine Kompression der Kapillaren veranlaßt wird, wird die Harnproduktion gänzlich unterbunden.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Nephrosen. Es ist hier allerdings schwer zu entscheiden, inwieweit die toxisch bedingte Schwellung des Nierenparenchyms, die Schädigung der Nierengefäße oder die Verstopfung der Harnkanälchen durch abgestoßene nekrotische Massen die Anurie verschuldet.

Relativ eindeutig liegen die Umstände bei dem Schwarzwasserfieber und bei der paroxysmal sowie der nach Vergiftung auftretenden Hämoglobinurie, da hier mit großer Wahrscheinlichkeit die ausgeschiedenen geronnenen Blutmassen für die Anurie verantwortlich zu machen sind. In anderen Fällen, z. B. bei den Sublimat- und Choleranieren dürften kombinierte kompliziertere Störungen für die Entstehung der Anurie in Betracht kommen.

Schlayer hat in interessanten Versuchen an der Uranniere gezeigt, daß die vorher bestehende Oligurie erst bei Mehrbelastung der Nierenfunktion durch intravenöse Injektion von hyper- oder hypotonischer Kochsalzlösung in Anurie überging.

Prüfte man zu dieser Zeit die Reaktionsfähigkeit der Kapillaren auf gefäßverengende und erweiternde Gifte, so zeigte sich, daß die Kontraktilität und die Dilatationsfähigkeit der Kapillaren vollständig ungestört war. Es muß also einer exquisiten Störung der spezifischen sezernierenden Funktion der Nierengefäßendothelien eine allgemeine Schädigung der Kapillaren vorausgehen.

Größtenteils einfach mechanisch zu erklären sind die bei Hindernissen in den harnabführenden Wegen auftretenden Harnverminderungen. Solche Hindernisse können Gewebsfetzen bei Pyonephrose und Tuberkulose, abgestoßene Tumorbestandteile und selbstverständlich am häufigsten Nierensteine sein.

Eine Anurie durch Nierensteine könnte den doppelseitigen Verschluß beider Ureteren zur Voraussetzung haben. Ein derartiger Verschluß durch beiderseitige Steineinklemmung wird natürlich nur äußerst selten zustande kommen. Für die Mehrzahl der Fälle gilt ein anderer Entstehungsmechanismus. Es kommt in der Mehrzahl der Fälle bei einseitiger Nierensteineinklemmung zur Anurie, indem der eingeklemmte Stein reflektorisch einen Ureterenkrampf der anderen Seite, oder wie Caspar annimmt, einen Krampf der Nierengefäße der anderen Seite auslöst. Daneben besteht die selbstverständlich nicht so häufige dritte Möglichkeit daß bei Funktionsuntüchtigkeit einer Niere die andere Niere durch Steinverschluß des Ureters ausgeschaltet werden kann. Schließlich kann eine Anurie bei Steinverschluß der Urethra durch retentio urinae vorgetäuscht werden.

Das Beispiel der reflektorischen Anurie bei einseitigem Nierenstein zeigt den großen Einfluß, den das Nervensystem auf die Urinproduktion ausübt. Durch Nerveneinfluß kann sowohl zentral wie auch peripher eine Anurie ausgelöst werden. Die Kasuistik der zentralen Anurie ist freilich spärlich. Es existiert in der Literatur ein von Charcot beschriebener Fall von wochenlang anhaltender Anurie, der durch eine zufällige Chloroformnarkose beseitigt werden konnte.

Nicht nur von theoretischem sondern auch von praktischem Interesse sind die Versuche Neuwirts über den Einfluß der peripheren Nerven auf die Nierenfunktion. An einem Falle von langanhaltender Anurie konnte Neuwirt zeigen, daß man durch

doppelseitige Splanchinicus-Anästhesie den Krampf der Nierengefäße lösen und somit die Diurese in Gang bringen kann.

Außer dem Steinverschluß auf der einen Seite gibt es zahlreiche andere Ursachen für reflektorische Anurie. Diese müssen keineswegs allein im Harnsystem gesucht werden, sondern können oft weit davon entfernt gelegen sein. Am relativ häufigsten kommt reflektorische Anurie als Folge einer peritonealen Reizung postoperativ vor.

Von J. Israel (1), von M. Bride und Mann sind Fälle beschrieben worden, bei denen weibliche genitale Erkrankungen: „Verlagerung, Cervixrisse u. a." eine reflektorische Anurie ausgelöst haben. Schließlich sind Fälle bekannt, bei denen durch plötzlichen Temperaturwechsel von der Haut aus reflektorisch eine Anurie zustande kam.

Ebenfalls als reflektorische Anurie gedeutet wurden von einer Reihe von Autoren (Barlow, Bruce, Clarke, Godlee, Howard, Marsh) Anurie-Fälle, die sich nach der Entfernung einer Niere bei Erhaltenbleiben der funktionstüchtigen anderen Niere ausgebildet haben.

Nach Auffassung anderer handelt es sich hier um ein Versagen der zweiten Niere durch eine Parenchymschädigung bei der Narkose oder um eine postoperative Herzschwäche.

Es war schon gesagt worden, daß abgesehen von einer renalen Insuffizienz auch Hindernisse in den Harnwegen (Tumoren u. a.) rein mechanisch eine Harnverhaltung hervorrufen können. Es ist leicht verständlich, daß auch extrarenale Ursachen, die eine Kompression auf beide Ureteren ausüben „Ovarialtumoren", Prostatagewächse u. a." in gleichem Sinne wirken können. In diesem Zusammenhang zu nennen wäre auch die bei Abknickung der Ureteren sich ausbildende intermittierende Hydronephrose.

Welche Formen sind einer chirurgischen Behandlung zugängig?

Wenn eingangs gesagt wurde, daß ein Wandel in der Behandlung der Anurie durch die Anwendung chirurgischer Maßnahmen erfolgt sei, so gilt dies natürlich in erster Linie für die renal bedingte Anurie, da die Beseitigung von Steinen und anderen renalen Hindernissen der Urinentleerung seit langem eine Domäne des Chirurgen gewesen ist.

Nur bedingt hierher gehörig sind die einseitigen Nierenerkrankungen zu nennen, weil diese, wenn überhaupt, so durch reflektorische Wirkung zu Anurie führen können.

Von den einseitigen Nierenerkrankungen sind namentlich die Nephralgie Hematurique durch die Nephrotomie und die herdförmige einseitige Nierenentzündung" „néphrite parcellaire" chirurgisch angegangen worden.

Als Maßnahmen zur Behandlung der reflektorischen Anurie ist vor allem die Ureterenkatheterung empfohlen worden. (Yreio). Abgesehen davon ist Charcot durch Chloroformnarkose, Neuwirt durch beiderseitige Splanchinicus-Anästhesie und Korviche durch Entnervung der erkrankten Niere gelungen, die reflektorische Anurie zu beseitigen.

Wesentlich eingeschränkt wurde das Indikationsgebiet der operativen Eingriffe bei beiderseitigen Nierenerkrankungen, seitdem Edebohls im anfänglichen Optimismus seine Operation auf fast sämtliche Erkrankungen ausgedehnt hatte. Einig sind sich alle Autoren darin, daß chronische Nephritiden und Nephrosen ziemlich unbeeinflußbar sind. Dagegen kann die Harnausscheidung bei akuten Erkrankungen der Niere gebessert werden.

Ueber die Erfolge der Operationen besteht zum Teil Uneinigkeit. Ein Teil der Autoren berichtet über glänzende Erfolge, während andere vor Ausführung der Operation warnen und nur Mißerfolge gesehen haben.

Die Gründe für diese verschiedene Stellungnahme liegen zum Teil in der Auswahl der Fälle, zum Teil in einer unkritischen Beurteilung bei nicht genügender Beobachtungszeit.

Die Technik der Operation kann keinen wesentlichen Unterschied ausmachen, da die meisten die Nierendekapsulation und ein Teil die Nephrotomie angewandt haben. Nach der Meinung von Kümmell (12) und Israel ist die Nephrotomie die eingreifendere Operation, die daher nur für die schwereren Fälle reserviert werden soll. Die Gefahren der Nephrotomie, die Zondek (11) als recht bedrohlich dargestellt hat, werden nach den Erfahrungen von Israel (4) als nicht so bedenklich geschildert.

Ueberblickt man die Literatur der letzten 20 Jahre, so gewinnt man den Eindruck, daß nach aller anfänglichen Begeisterung sich mehr und mehr eine Zurückhaltung geltend gemacht hat.

Bei den drei Fällen, auf Grund deren Harrison (5) den Einschnitt in die Niere empfahl, sah er eine Besserung der Urinausscheidung bei akuten Nephritiden.

Edebohls hat bis 1905 102 Fälle der verschiedensten Nierenerkrankungen bekannt gegeben, die er mit Dekapsulation behandelt hat. Er berichtete über Erfolge bei 33 von diesen Fällen. Eine Zahl, die jedoch von Israel nach kritischer Durchsicht von 71 Krankengeschichten wesentlich auf 15 % reduziert wird.

Aehnlich wie Edebohls beurteilt Guiteras die Erfolge der Dekapsulation. Bei 16 % von 120 Fällen von Nephritis sah er gänzliche Heilung, bei 33 % tödlichen Ausgang der Operation.

Wesentlich ungünstiger sind die Erfahrungen von Rosenstein, Riedel, Kümmell und Franke. Bei allerdings nur 16 Fällen sahen sie nur vereinzelte Besserung.

Edebohls, der Verfechter seiner Operation, hatte bei 102 Fällen 33 Fälle von Nephritiden erfolgreich behandelt. Ebenso günstig waren die Erfahrungen von Guiteras, Phoces und Bensis. Demgegenüber steht eine große Zahl von Chirurgen, die die Erfolge der Operation wesentlich ungünstiger beurteilen.

Aus der Fülle der Publikationen greifen wir die von Rosenstein, Rovsing, Kümmell, Blaeke, Albaran und Israel heraus.

Israel hat 71 der Krankengeschichten Edebohls einer Durchsicht unterzogen und gelangte zu der Ueberzeugung, daß es sich bei einem Teil der von Edebohls als diffuse Nephritiden beschriebenen Fälle um einseitige Nierenentzündung oder um Nierensteine gehandelt hat. Von ihm selbst hat er keinen einzigen Erfolg bei 20 Fällen, die von ihm dekapsuliert wurden.

Israel, der sich im Prinzip mit Volhard und Strauß einig ist, gelangt zu dem Ergebnis, daß die Dekapsulation bei der Anurie der akuten Nephritis von Nutzen sein kann, daß diese aber bei chronischen Nephritiden „heute noch als ein ganz unsicherer Eingriff zu bezeichnen ist". Chronische Nephritiden können mit Erfolg behandelt werden, wenn es sich um eine Exazerbation handelt. Ebenfalls sind nach Volhard Herdnephritiden gut zu beeinflussen.

Bei akuten Nephrosen ist die Operation meist nutzlos; vereinzelt wurde bei Sublimat Nephrose eine Besserung der Diurese beobachtet, vorausgesetzt, daß der Eingriff frühzeitig genug vorgenommen wurde (Strauß).

Chronische Nephrosen können ebenso wie chronische Nephritiden nicht wesentlich beeinflußt werden. Man kann die Operation als letztes Mittel versuchen darf sich aber nur bestenfalls eine vorübergehende Besserung versprechen.

Von den Fällen, die in die chirurgische Klinik der Charité zur Beobachtung kamen, erscheint uns ein Fall besonders geeignet hier hervorgehoben zu werden:

De Mo., Otto, 18 Jahre alt.

Vorgeschichte: Die Eltern leben, der Vater ist 44 Jahre, die Mutter 40 Jahre alt. 2 Brüder und 1 Schwester sind gesund. Keine Lungen- oder Nervenkrankheiten in der Familie. Als Kind hat er Masern gehabt, sonst ist er nie ernstlich krank gewesen. Mitte Juni 1924 wurden dem Patienten am rechten Fuß zwei Zehen bei der Arbeit gequetscht. Der Arzt verordnete Umschläge mit essigsaurer Tonerde, die Knöchel am rechten Fuße waren geschwollen. Drei Wochen später wurde das rechte Schienbein dick, darauf das linke. Beide Beine wurden damals gewickelt. Der Patient arbeitete weiter. Mitte Juni trank Patient auf einem Richtfest viel Alkohol. Am anderen Morgen bekam er ein dickes Gesicht. Gleichzeitig bestand ein Furunkel in der rechten Kniekehle und große Mattigkeit.

Der konsultierte Arzt stellte eine Nierenentzündung fest und ordnete Krankenhausbehandlung an. Er lag damals $7^1/_2$ Woche im Krankenhaus zu Schönlanke (Netzkreis). Der Eiweißgehalt ging auf $1^0/_{00}$ zurück, und der Patient wurde entlasssen.

Zu Hause stieg der Eiweißgehalt wieder an, und der Patient kam von September bis Mitte November 1924 ins Krankenhaus. Keine Besserung im Krankenhaus. Patient ging nach Haus, lag aber ständig im Bett.

Zur Einleitung eines Heilverfahrens wurde der Kranke dann von der Landesversicherung hierher geschickt. Der Appetit war schlecht, der Stuhl ganz regelmäßig und der Schlaf gut.

Befund: Der Patient hat einen feminen Habitus. Die Behaarung des mons veneris schneidet wagerecht ab. Die Achselbehaarung ist spärlich ausgeprägt, der Leib ist rund, die Hüften sind weit. Der untersetzte, kräftige kleine Mann ist in gutem Ernährungszustand. Skelett und Muskulatur sind gut entwickelt, im Gesicht erkennt man Oedeme, Narben Warzen oder Exantheme finden sich nicht.

Kopf: Die hintere Rachenwand ist nicht gerötet, das Gaumensegel hebt sich l = r, Zähne gut erhalten, die Zunge ist feucht, nicht belegt und wird gerade herausgestreckt.

Thorax: Normal gewölbt, hebt sich r = l.

Lungen: Grenze normal, gut verschiebl.ch, keine Schal.verkürzung, überall vesikuläres Atmen.

Cor: Grenzen normal, Töne rein, Aktion regelmäßig, Blutdruck 125/90.

Abdomen: Bauchdecken nicht gespannt, Leber, Milz nicht vergrößert, Bruchpforten frei.

Nervenstatus: O. B.

Urin: Alb. +++

Spez. Gewicht 1045.

Sediment vereinzelt. Epithelien und Leukocyten.

Röntgendurchleuchtung: Kleines Herz, sonst O. B.

26. 1. 1925 Urin: Sediment reichlich granulierte und hyaline z. Z. mit verfetteten Epithelien belegte Cylinder, stark verfettete Epithelien. Zell-Detritus.

Blut: Rest-N 68 mg.

Nael 0,526.

Diagnose: Chronische Nephrose.

3. 2. 1925. Allgemeinbefinden sehr gut.

20. 2. 1925. Befinden unverändert gut.

28. 2. 1925. Allgemeinbefinden gut. Patient scheidet wieder sehr hohe Eiweißmengen aus bis zu 15 % Sediment mäßig, Leukocyten, Erythrocyten und einzelne Sargdeckenkristalle.

1. 3. 1925 Essbach $2^1/_2$ $^0/_{00}$.

3. 3. 1925. Keine Oedeme, Gesicht in ganz geringem Maße geschwollen. Urin: Alb. +. Sediment: einige Leukocyten und Kristalle, einige Epithelien.

4. 3. 1925. Alb. +++ Sediment Essbach 20 $^0/_{00}$.

6. 3. 1925. Alb. +++ Essbach 20 $^0/_{00}$. Urin einige granulierte und hyaline Cylinder.

13. 3. 1925. Patient war auf alkalische Kost ohne Erfolg gesetzt worden. Auf saure Kost gesetzt nimmt die Harnmenge beträchtlich zu.

25. 3. 1925 Patient zeigt periodisches An- und Abschwellen der Harnmenge. Jede Periode dauert 4 Tage.

3. 4. 1925 Patient hat in den letzten Tagen ein neues salzsaures Thymuspräparat. Die Urinmenge hat mehr zugenommen, die Eiweißmengen unterliegen großen Schwankungen.

21. 4. 1925. Harnstoff hat keine besondere Wirkung gehabt in den letzten Tagen und deshalb wird er abgesetzt.

29. 4. 1925. Sediment enthält vereinzelt Cylinder, Leukocyten und Epithelien. Patient scheidet 500 ccm Urin aus. Keine Oedeme, das Gesicht sieht gedunsen aus. Er fühlt sich matt.

4. 7. 1925. Splanchinicus-Anästhesie.

6. 7. 1925. Das Befinden hat sich bedeutend verschlechtert.

7. 7. Weitere Verschlechterung. Gegen mittag klagt er über starke Kopfschmerzen, schlechtes Sehen. Das Gesicht ist bedeutend stärker gedunsen als sonst. Aderlaß.

8. 7. 1925. Verlegt auf chirurgische Klinik. Das Gesicht ist gedunsen, er hat Kopfweh, sieht alles nur verschwommen.

10. 7. 1925 Dekapsulatio renis destra.

14. 7. 1925. Kommt von der chirurgischen Klinik zurück. Klagt über viel Durst, wenig Appetit. Urin Essbach 7 $^0/_{00}$ cron. hyaline Cylinder.

18. 7. 1925. Gute Stuhlentleerung. Guter Appetit, fühlt sich relativ wohl.

19. 7. 1925. Dem Patienten geht es gut. Sein gestriges Kopfweh ist geschwunden.

20. 7. 1925. Scheidet das Wasser gut aus.

29. 7. 1925. Patient fühlt sich wohl. Temperaturen sind wieder zur Norm abgesunken. Die ausgeschiedene Menge Urin betrug bei 1000 Flüssigkeitsaufnahme 127 ccm.

13. 8. 1925. Gewichtzunahme, Oedeme der Beine. Nach Sahli Kal. acetic. setzte eine starke Diurese ein (1700).

16. 8. 1925. Plötzlich Schmerzen in der rechten Nierengegend.. Der rechte Oberschenkel schwillt an und ist auch an der Außenseite stark druckempfindlich.

17. 8. 1925. Die Schwellung des Oberschenkels nimmt zu.

20. 8 1925. Blutdruck 90/125. Befinden besser. Bein gut beweglich, abgeschwollen.

31. 8. 1925. Harnflut.

6. 9. 1925. Durchfall.

8. 9. 1925. Patient fühlt sich sehr wohl, nur noch geringer Durchfall.

15. 10. 1925 Patient fühlt sich sehr wohl nach großer Schwankung seines Befindens in den letzten Tagen.

25. 10. 1925. Patient fühlt sich wieder sehr schlecht. Kopfschmerzen, Mattigkeitsgefühl.

30. 10. 1925. In den letzten Tagen ist die Diurese immer auf derselben Stufe geblieben. Er hat an Gewicht zugenommen.

19. 11. 1925. Das Befinden ist unverändert, ebenso die Diurese und der Sedimentbefund. Seit 2 Tagen geringe Gewichtszunahme (300—400 g).

1. 12. 1925. Befinden unverändert.

5. 12. 1925. Am 2. 3.

8. 12. 1925. Status idem.

14. 12. 1925. Patient fühlt sich wohl.

17. 12. 1925. Status idem.

21. 12. 1925. Patient ist entlassen worden.

Epikritisch ist zu dem Fall 1 zu bemerken, daß es sich um einen Patienten handelt, der ohne genaue eruierbare Ursache an Harnverhaltung und Oedeme erkrankte. Nach der Aufnahme in die Klinik ergibt die Urinuntersuchung reichliche Albuminurie

Cylindzurie bei Fehlen der Hämaturie. Eine Blutdrucksteigerung besteht nicht.

Die Diagnose lautet: Chronische Nephrose. Die zunächst interne Therapie bleibt erfolglos. Da die Oedeme des Patienten beständig zunehmen, wird als letzter Ausweg die Dekapsulation der rechten Niere vorgenommen, die aber selbst vorübergehend keine Besserung zeitigt.

Die Urinmengen bleiben nach wie vor gering und auch die Albuminurie zeigt keine Veränderung. Bringt man das Ergebnis der Operation mit den oben zitierten Literaturbefunden in Beziehung, so bestätigt der Mißerfolg der Operation die von anderer Seite geäußerte Ansicht, daß man sich von der Dekapsulation der chronischen Nephrose wenig oder garnichts versprechen darf.

Vor Abschluß der Arbeit möchte ich mir erlauben, Herrn Professor O. Ringleb, der mir die Anregung zu dieser Arbeit gab, für seinen Rat meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Israel, J.: D. m. W. 1900 S. 352.
2. — Chirurgie der Niere und des Harnleiters 1925. u. W. Verlag von Georg Thiemes in Leipzig mit 235 teils farbigen Abbildungen. S. 186—199, 143—148, 329—348.
3. Volhard: Die doppelseitigen hämatogenen Nierenerkrankungen (Brightsche Krankheit) 1918. 6. Tagung d. Dtsch. Ges. f. Urologie 1924.
4. Israel, J.: Ueber den Einfluß der Nierenspaltung auf akute und chronische Prozesse des Parenchyms. Mitt. Grenzgeb. 1899 5, S. 471.
5. Harrison: On the treatment of some forms of Albuminuria by renipuncture. Lancet 1896.
6. Edebohls: The cure of chronic Brights disease by operation med. Record. Dec. 21 1901. Renal decapsulation of the kidneys for chronic Bright's disease. Brit. med. journ. 1902.
7. — Americ. Journ. of the med. assoc 52. 3. Chirurgische Behandlung d. Morbus Brightis. Uebersetzt von W. Karo. Monatsblatt f. Urologie Bd. 7.
8. Kümmell, H.: Bier, Braun, Kümmell Bd. IV. Cirurgische Operationslehre 445. Auflage 1923. Verlag Johann Ambrosius Barth. Bd. 4 S. 238—252. Archiv f. Chirurgie Heft 3.
9. Casper, L.: (Die verschiedenen Arten der Anurie, ihre Pathogenese und Therapie. D. m. W. 1920.) Lehrbuch der Urologie S. 447—480. 4. Aufl. mit 225 teilsfarbigen Abbildungen und 2 farbigen Tafeln, Verlag Urban u. Schwarzenberg 1923.
10. Grauhan: Die Anurie in d. Chirurgie. Zbl. f. Chir. 1922. Jg. 49 Nr. 47 S. 1772.
11. Zondek, M.: Bemerkungen zu der Arbeit von Haberer „Beitrag zu den Gefahren der Nephrotomie" Bruns Beitr. zu klin. Chir. Bd. 79 Heft 3.
12. Kümmell, H.: Operative Behandlung d. Nephritis. Verb. d. Deutschen Ges. f. Chirurgie 1912.
13. Rovsing, T.: Zur Behandlung des chronischen Morbus Brightis durch Nephrolysis und Nephrodekapsulation. Zentralblatt f. Chir. v. 1904. Bd. 31, S. 513.

14. Zesas:: Chirurg. Behandlung der Nierenentzündung. Volkmann's klin. Vorträge 1912 Nr. 666.
15. Zondek, M.: Die chirurgische Behandlung der chron. Nephritis nach Edebohls Mitteil. aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. 3. Supplementband 1907.
16. Strauß: Die Nephritiden. 1917. Urban u. Schwarzenberg. VIII. 8°. 312. S. 8.

Lebenslauf.

Ich, Saleh Schukry, mohamedanischen Glaubens, wurde am 8. 11. 1896 als Sohn des Rentiers Hafiz Schukry Eff.†, zu Beni Suef (Aegypten). geboren.

In Kairo besuchte ich das Realgymnasium, wo ich im Juli 1919 die Prüfung des Baccalaureat (aegypt. Abitur) bestanden habe. Danach kam ich im November 1919 nach Berlin und wurde zum Studium der Medizin an der hiesigen Universität zugelassen. Mein Universitätsstudium erledigte ich in Berlin, Kiel und Rostock. Im Jahre 1923 bestand ich das Physikum in Berlin, und im Jahre 1926 das Staatsexamen ebenda.